Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität Berlin
Direktor: Prof. Dr. Müller-Heß

Über die Zurechnungs- und Geschäftsfähigkeit malariabehandelter Paralytiker

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der
Medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von

Ernst Holzbach jr.
aus Tübingen a. Neckar

Tag der Promotion:
30. Juni 1938

Berlin 1938

M 123

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Siebeck

Referent: Prof. Dr. Müller-Heß

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Über die Zurechnungs- und Geschäftsfähigkeit malariabehandelter Paralytiker

Die Anwendung neuer Behandlungsmethoden für unheilbar geltende Krankheiten führt oftmals nicht nur zu einer völligen Veränderung der bislang bekannten Krankheitsbilder, sondern bedingt auch — entsprechend dem veränderten Geschehensablauf — neue forensisch-psychiatrische Beurteilungsgrundlagen. In der Psychiatrie hat sich die geniale Entdeckung **Wagner-Jaureggs** — Malariabehandlung der quartären Lues — zweifellos zu einem derartigen umwälzenden Heilfaktor entwickelt. Während sich nun im Schrifttum zahlreiche Veröffentlichungen über die Änderung des klinischen Zustandsbildes durch Malariabehandlung der Paralyse vorfinden, sind die Mitteilungen über die forensische Auswirkung dieser Heilerfolge spärlicher. Die Zeitspanne von rund 20 Jahren, in der mit Malaria erfolgreich behandelte Paralysen überhaupt erst beobachtet werden, dürfte eine der Ursachen für den mangelnden Quellenreichtum sein. Wieweit andererseits z. B. der heute niedrige Prozentsatz krimineller Paralytiker die Zahl der Untersuchungen auf Zurechnungsfähigkeit beeinflußt, wird im folgenden kurz besprochen werden.

Die Autoren, die bisher das genannte Gebiet behandelt haben, widersprechen sich in ihren Ansichten teilweise erheblich. Auch die Unterschiede der außerdeutschen und besonders früher österreichischen und deutschen Gesetzestexte führen zu verschiedenen Folgerungen. Die Neufassung des § 51 StGB und Festlegung des Begriffes der verminderten Zurechnungsfähigkeit in Deutschland hat endlich neue Beurteilungsmöglichkeiten ergeben, die in der Literatur noch kaum einen Niederschlag gefunden haben. Es

erschien daher lohnenswert, aus dem Gutachtenmaterial des Bonner (bis 1930) und des Berliner Instituts für gerichtliche Medizin die einschlägigen Fälle zu sammeln und ihre Auswertung zu besprechen.

Daß die Einführung der Malariabehandlung der Paralyse überhaupt die Heilbarkeit eines früher häufig in kurzer Zeit zum Tode führenden Leidens bewirkt, hat **Suckow** (24) 1937 eindeutig bewiesen: Von 1388 Patienten, die in den Jahren 1921 bis 1931 in der Leipziger Universitäts-Nervenklinik zur Aufnahme kamen, lebten 1934 von 866 behandelten Fällen 70 %, von den unbehandelten 532 Fällen nur 4,9 %! Während es nun zunächst schien, daß zwar der tödliche Ausgang der Erkrankung vermieden, aber nur ein lebensunwertes Leben erhalten würde, haben die Erfahrungen gelehrt, die Malariabehandlung zu einem tatsächlichen Heilfaktor auszugestalten. **Hoffmann** (23) sagt poetisch: „Wir sind imstande, Feinsinn und Takt, Ehrgefühl und Frömmigkeit, Pflicht und Liebe, die entschwunden waren, wieder in der früheren Form erstehen zu lassen." Objektiv fand **Amabilino** (zit. nach Cucchi, 21) 1934 bei 15 000 Fällen italienischen Materials in 25 % Vollremission (Gruppe A v. Weygandt = vollberufsfähig, unbedeutende psychische Defekte). **Kurth** (20) stellte bei 1607 Fällen Berliner Materials 1936 in 44 bzw. 54,5 % Vollremission, d. h. Wiederherstellung im klinischen und soziologischen Sinne, und in 18,5 bzw. 23,0 % ungenügende Remission fest. Nach der Zusammenstellung von **Krey** (26) bewegen sich die Ziffern für Vollremissionen („Fälle, die bei minimalem bzw. praktisch nicht belangvollem klinischen Befunde entweder berufstätig waren oder — bei offensichtlicher Arbeitsfähigkeit — nur aus sozialpolitischen Gründen nicht tätig sein konnten") in den Berliner Anstalten, der Münchener und der Hamburger Psychiatrischen Klinik zwischen 23, 48 bis 36 %.

Die verschiedenen Erfolgsergebnisse erklären sich damit, daß die Gruppeneinteilung nicht einheitlich und daß es nicht gleichgültig ist, wer und wann behandelt wird. Das „womit" spielt bei den Malariaimpfungen eine untergeordnete Rolle. Allgemein haben sich Impfungen durch intravenöse, subkutane, intramuskuläre oder kombinierte Einspritzungen von Blut bewährt, das reine — d. h. nicht mit Malaria tropica gemischte — Stämme von Malaria tertiana oder quartana enthält. Die Kur wird dann nach 8 bis 12 Fieber-„Zacken" abgebrochen. Eine Besprechung der therapeutisch optimalen Wirkungen der neuen Behandlungs-

methode ist dabei im Rahmen dieser forensisch-psychiatrischen Arbeit nicht möglich.

Bei den Heilerfolgen handelt es sich um anatomisch faßbare Veränderungen. Dies beweist u. a. **Gurewitsch** (19) 1935 an russischem Material von 540 Fällen, von denen 123 malariabehandelt waren. Es zeigten z. B. die 8 Fälle von guten, lange andauernden Remissionen, die an einer zufälligen somatischen Erkrankung starben, histologisch alle das Bild einer stationären Paralyse. Insgesamt fand G.:

1. In 28 Fällen stationäre oder geringfügige Erscheinungen, meist Patienten, die nach mehr oder minder guten Remissionen gestorben sind;

2. In 33 Fällen hochgradige Veränderungen in der Rinde, häufig auch im Striatum, bisweilen mit makroskopisch sichtbaren Affektionen (eitrige Meningitis, hämorrhagische Pachymeningitis, Blutungen). Alle diese Affektionen sind das Ergebnis einer Verschlechterung, einer Exazerbation des Prozesses;

3. In 40 Fällen das gewöhnliche Bild der progressiven Paralyse; dies sind meist Fälle, bei denen auch klinisch die Malaria auf den Krankheitsverlauf keine besondere Wirkung ausgeübt hatte.

Als sicher feststehend darf heute die Tatsache gelten, daß der Krankheitsprozeß an den nervösen Elementen nach Abschluß der Fieberkur nicht plötzlich beendet ist. Zur Sicherung der erzielten Ergebnisse hat sich daher eine wiederholte spezifische Nachbehandlung bewährt. Die fortlaufende Verbesserung, wie auch die beobachteten plötzlichen Verschlechterungen des Zustandsbildes malariabehandelter Paralytiker machen forensisch-psychiatrisch gar nicht selten Wiederbegutachtungen notwendig. Wenn die Fixierung von Augenblicksbildern naturgemäß auch nicht einer fortlaufenden poliklinischen Beobachtung gleichzusetzen ist, ermöglicht sie doch aktenmäßige Aufzeichnungen, die für die forensische Beurteilung genügen. Diese Fälle mit Nachgutachten sind für rückblickende Betrachtungen die dankbarsten, finden sich aber nicht häufig innerhalb des Aktenmaterials eines Instituts, da die Gerichte oft den Gutachter bei den Nachuntersuchungen wechseln. Immerhin enthält auch das eigene Material einige derartige, mehrmals begutachtete Fälle.

Die nachfolgende Liste gibt eine Übersicht über die bearbeiteten Aktenvorgänge:

Summa A und B: 790 Akten, davon:

	Gruppe I: Sichere Neurolues von Bedeutung für die Verstandestätigkeit einschließlich nicht oder nicht sicher malariabehandelter Paralysen = 48	Gruppe II: Malariabehandelte Paralysen = 21
A. Bonn, 1922—1930		
I. a) 21 Akten „Zurechnungsfähigkeit bei organischen Hirnkrankheiten“	6	—
b) 85 Akten „Zurechnungsfähigkeit bei Sittlichkeitsverbrechen“	1	—
II. c) 116 Akten „Entmündigung“ (außer Trunksucht)	5	2
d) 8 Akten Pensionierungsgutachten	1	—
III. e) 14 Akten „Geisteszustand für Anstaltsunterbringung“	—	—
f) 75 Akten des gerichtsärztlichen Ausschusses für die Rheinprovinz 1929/30	1	—
Sa.: 319 Akten	**Sa.: 14**	**2**
B. Berlin, 1930—1937		
I. a) 33 Akten „Zurechnungsfähigkeit bei organischer Hirnkrankheit“	12	5
b) 15 Akten „Meineid“ (psychiatrische Gutachten über Zurechnungsfähigkeit Meineidiger)	3	—
c) 230 Akten „Zurechnungsfähigkeit bei Sittlichkeitsverbrechen“	ca. 6	3
II. d) 68 Akten Entmündigung (außer Psychopathie und Schwachsinn)	3	9
e) 39 Akten „Geschäftsfähigkeit“ (§§ 104, 105 BGB., Prozeß- und Testierfähigkeit, Testamentsgutachten)	7	1
III. f) 12 Akten Pensionierungs-Gutachten	1	—
g) 74 Akten Allgemeine Gutachten (unklassifizierbar)	2	1
Sa.: 471 Akten	**Sa.: 34**	**19**

Die Einzelbeurteilungen ergaben:

Zurechnungsfähigkeit:

Nr.	Jahr	Zustandsbild	Gutachtliche Entscheidung
1.	1931	Mittlere Remission	§ 51 StGB verneint
2.	1932	Gute Remission	§ 51 „ „
3.	1934	Mittlere Remission	§ 51, 1 u. 2 „
4.	1935	Schlechte Remission (juv. Paralyse)	§ 51, 2 „ bejaht
5.	1936	Mittlere Remission	§ 51, 2 „ „
6.	1935	Keine Remission	§ 51, 1 „ „
7.	1936	Schlechte Remission	§ 51, 1 „ „
8.	1935	Defektheilung	§ 51, 1 „ „ Entlassung nach § 4 StGB unter Bedingung bejaht
9.	1938	Mittlere Remission	§ 51, 2 StGB bejaht

Geschäftsfähigkeit:

1.	1930	Vollremission	§ 6, 1 BGB verneint
2.	1931	„	§ 6, 1 „ „
3.	1934	„	§ 6, 1 „ „
4.	1934	„	§ 6, 1 „ „
5.	1935	„	§ 6, 1 „ „
6.	1928	Schlechte Remission	§ 6, 1 „ Geistesschwäche
7.	1934	Mittlere Remission	§ 6, 1 „ „
8.	1935	„ „	§ 6, 1 „ „
9.	1938	Schlechte „	§ 6, 1 „ „
10.	1934	Keine „	§ 6, 1 „ Geisteskrankheit
11.	1933	Gute „	Keine Übertragung der elterlichen Gewalt
12.	1935	Defektgeheilte Paralyse,	aber geschäftsfähig zu bestimmter Zeit vor Malariabehandlung

Bei Betrachtung der Zahlen auf Seite 6 und 7 muß das Überwiegen der zivilrechtlichen gegenüber den strafrechtlichen Begutachtungen auffallen. Wenn auch innerhalb dieses Materials keine Berechnungen vorgenommen werden sollen, da die Zufälligkeiten seiner Zusammensetzung nicht zu übersehen sind, so darf doch auf eine Tatsache hingewiesen werden. Die Untersuchungen auf Zurechnungsfähigkeit betreffen einschließlich der Untergruppen, in denen keine Paralysen zu erwarten waren, und die daher nicht durchgesehen wurden (z. B. Zurechnungsfähigkeit bei Psychopathie, Schwachsinn, Hysterie), allein in Berlin über 683 Fälle. Von diesen waren nur 7 malariabehandelte Paralytiker. Das weist doch darauf hin — selbst unter Berücksichtigung des möglichen Einwandes, daß ein oder der andere Fall übersehen wurde — daß die Kriminalität der Paralytiker nicht sehr groß sein kann.

Wir haben es offenbar mit der Auswirkung mehrerer Faktoren zu tun:

1. Führt die Erkrankung zu Veränderungen, die im allgemeinen erkannt werden und die Patienten schon vor dem Ermittlungsverfahren der Anstalt zuführt **(Hübner** (4). Diese Anschauung vertritt auch **Leppmann** (8).

2. Haben die heute üblichen Behandlungsmethoden, die Auswirkung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten u. a. zweifellos die Zahl der syphilitisch Infizierten, die eine Paralyse bekommen, vermindert. **Herschmann** (10) fand 1928, daß die Gesamtzahl der männlichen Paralysen in Wien in dem Zeitraum von 1923 bis 1927 im Rückgang war. **Hagen** (7) gab 1927 die relative Abnahme frischer Syphilisfälle für Dortmund mit über 90 % an. Weiterhin haben die an Paralyse Erkrankten heute meistenteils mehrere antiluetische Kuren hinter sich. Das Krankheitsbild hat daher auch dahingehend eine Abschwächung erfahren, daß z. B. paralytische Anfälle heute selten beobachtet werden. Man könnte sich auch vorstellen, daß die Behandlungen sich nicht nur auf die Schwere der neurologischen Erscheinungen auswirken, sondern auch den ethischen Verfall verzögern bzw. vermindern. Das wäre eine Erklärung für die Tatsache, daß **Zingerle** (3) noch 1910 schreibt, daß die Paralytiker „ein großes Kontingent der verbrecherischen Geisteskranken bilden". Auch wenn man in diesem Satz die Betonung auf „Geisteskranke" legt, so kann aus unserem Material festgestellt werden, daß die Gruppen der wegen anderer Geisteskrankheiten untersuchten Straffälligen mindestens ebenso groß wie die bei organischen Hirnkrankheiten insgesamt sind. Daß die straffälligen Paralytiker überhaupt soviel häufiger in eine Anstalt vor der Begutachtung kommen als die anderen Gruppen von Geisteskranken, ist unwahrscheinlich. Das Ausgangsmaterial Zingerles muß aber auch irgendwie abweichend zusamengesetzt gewesen sein. Denn schon 1886 zitiert **Sander** (1) für die Irrenanstalt Dalldorf eine Arbeit von **Knecht** mit folgendem: „Unter den bei Verbrechern beobachteten Geistesstörungen bilden die angeborenen Schwächezustände weitaus die Mehrzahl. Von den leichten Graden der Imbezillität bis zur ausgeprägten Idiotie... sah ich alle Stufen vertreten." **Herschmann** (10) meint, Wagner-Jauregg folgend, daß die geringe Paralytikeranzahl unter den Verbrechern ihre Erklärung in der „biologischen Beschaffenheit" der Verbrecher habe. Die bei den Gewohnheitsverbrechern zu beobachtende Immunität gegenüber der Metalues finde sich auch bei den Prostituierten.

Zweifellos hat sich auch heute dadurch das Bild geändert, daß viele Paralytiker überhaupt einer wirksamen Therapie zugeführt werden können, was es früher nicht gab. 1934 schreibt **Lange** (17): „Die Kriminalität der fieberbehandelten Paralytiker ist allerdings gering, vermutlich weil zu den Symptomen auch guter Remissionen gerade ein gewisser Mangel an Antrieb gehört. **Alexander** und **Nyssen** fanden unter 164 malariabehandelten Paralytikern nur einen einzigen Kriminellen." **Joßmann** stellte nach Lange unter 1668 behandelten Paralytikern bei Untersuchungen ihres Schicksals nur 8 kriminelle Handlungen fest.

Damit dürfte die Vermutung an Wahrscheinlichkeit gewinnen, daß kriminelle fieberbehandelte Paralytiker überhaupt selten sind.

Über die Häufigkeit der zivilrechtlichen Begutachtung von behandelten Paralytikern ist übereinstimmend mit **Hübner** (4), **Schneider** (5) und **Krey** (26) festzustellen, daß diese eine größere Rolle als die strafrechtliche Beurteilung spielt.

Bei der Besprechung der verschiedenen Fragestellungen soll nun im folgenden grundsätzlich die straf- und zivielrechtliche Seite des Themas getrennt behandelt werden. Diese Trennung erscheint aus der Erwägung heraus notwendig, daß die Prüfung der Voraussetzungen des § 51 StGB neben Erörterungen über die verstandesmäßigen Fähigkeiten mehr das Gebiet des Willensmäßigen-Charakterlichen erfaßt, während die Begutachtung bzgl. der zivilrechtlich bedeutendsten §§ 6, 104 und 105 BGB sich häufiger mehr auf die soziale Haltung und das Intelligenzmäßige erstreckt.

Die erste ausführliche Abhandlung über die forensischen Folgerungen der Malariaimpfung von Paralytikern findet sich — soweit ersichtlich — in einem im November 1925 gehaltenen Vortrag Carl **Schneiders** (5). Er unterscheidet folgende Gruppen von Remissionen, z. T. nach **Gerstmann:**

I. Vollremissionen = Wiedererlangung der vollen Berufsfähigkeit ohne Rücksicht auf Weiterbestehen von sero- oder neurologischen Abweichungen. Vollremission liegt nach S. auch vor bei unvollkommener Krankheitseinsicht, Stimmungsanomalien, mangelnder Elastizität, Affektabilität, Reizbarkeit, Beeinflußbarkeit, Störungen der Antriebsstärke.

II. Unvollkommene Remissionen:

a) höheren Grades. Diese lassen erst bei näherer Untersuchung Defekte erkennen, die die Leistungs-, Gesellschaftsfähigkeit und Arbeitskraft herabsetzen;

b) geringeren Grades. Diese gestatten nur die selbständige Lebensführung innerhalb der Familie.

Schneider (5) billigt auch den gut remittierten Paralytikern allgemein den § 51 StGB zu, da wir — wie er meint — nicht den Remissionsgrad angeben könnten, bei dem die freie Willensbestimmung noch ausgeschlossen sein kann. Allerdings ist dazu einzuwenden, daß **Schneider** 1925 doch wohl noch nicht derartig weitgehende Remissionen gesehen hatte, wie wir sie heute nach den größeren Erfahrungen bei Durchführung der Malariakur vorfinden. Die in der jüngsten Literatur anzutreffende ähnliche Einstellung beweist jedoch, daß bei der Beurteilung auch wichtige grundsätzliche Erwägungen eine ausschlaggebende Rolle spielen, die im einzelnen zu besprechen sein werden.

Der Begriff der Vollremission bei der Paralyse ist auch heute noch nicht einheitlich festgelegt. Wortgerecht müßte der Zustand einer restitutio ad integrum sehr nahekommen und daher dürfte erst bei voller Krankheitseinsicht — ein Merkmal, das allgemein hervorgehoben wird — von Vollremission gesprochen werden. Während aber für eine vollkommene k l i n i s c h e Remission das Fehlen von sämtlichen Krankheitszeichen im Prinzip zu fordern ist, bedarf es auf forensischem Gebiet nicht dieser Feststellungen. Die Formulierung der Fragen des Gesetzgebers ist derartig einengend, daß jeweils nur Ausschnitte aus dem Gesamtkomplex vom Gutachter zu beantworten sind.

Gegen eine Aufgliederung des Begriffs der Vollremission in klinische und forensische sprechen nun noch andere Gesichtspunkte. **Schneider** will selbst seinen vollremittierten Paralysen generell den § 51 StGB zubilligen. Damit ist eine einheitliche Begriffszusammenfassung von vornherein unmöglich gemacht. Zweitens kann nicht schlechthin von Vollremission in forensischem Sinne gesprochen werden, da in demselben Fall nebeneinander Zurechnungs- und Geschäftsfähigkeit verschieden beurteilt werden können.

In Übereinstimmung mit **Groß, Sträußler** (6) und **Salinger** (11) enthält das bearbeitete Material aber ferner Fälle, die frei von allen von Schneider angeführten Störungen sind und die auch volle Krankheitseinsicht haben, so daß in „psychologischer Hinsicht eine restitutio ad integrum angenommen werden kann". Ein derartiger Fall ist im zweiten Teil beschrieben. Diese Tatsache läßt es berechtigt erscheinen, von Vollremission nur bei wirklich ausgeheilten Fällen zu sprechen. **Groß** und **Sträußler** (6) folgend, kann gesagt werden, daß Fälle mit ungenügender Krankheitseinsicht, Stimmungsanomalien, anormaler Bestimmbarkeit, Initiativelosigkeit und dysphorischer Einstellung nicht als vollremittiert zu betrachten sind (Gruppe I von Schneider).

Im folgenden sollen nun die Bedingungen der Zubilligung des § 51 StGB alter Fassung, der im Prinzip dem Absatz 1 des § 51 StGB neuer Fassung gleichkommt, zusammen mit diesem aus Zweckmäßigkeitsgründen aufgezeigt werden.

Nach der geltenden Gesetzeslage ist die Verurteilung an die Schuldfähigkeit gebunden. Wird diese bezweifelt oder auch nur der Einwurf der verminderten Zurechnungsfähigkeit erhoben, so ist das Gericht verpflichtet, die Frage der Schuldfähigkeit zu prüfen. Es benötigt dazu in der Regel einen Sachverständigen, dessen Aufgabe es ist, auf Grund einer Persönlichkeitsanalyse unter Berücksichtigung des Tatbestandes vom ärztlichen Standpunkt aus zu beurteilen, ob der Angeklagte imstande war, „das Unerlaubte der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln".

Während nun früher die Schuldunfähigkeit häufig behauptet wurde, ist dieser Einwand insbesondere durch den Angeklagten seit Einführung des § 42 b StGB (Unterbringung bei Bejahung von § 51, Absatz 1 oder 2) wesentlich seltener geworden, worauf im folgenden noch eingegangen wird.

Die richtige Beurteilung des Angeklagten ist deshalb für die allgemeine Rechtssicherheit besonders notwendig und verlangt vom Gutachter genaue Kenntnis der Krankheitsbilder, wobei zu bedenken ist, daß neue Erkenntnisse auch die forensischen Beurteilungsgrundlagen verändern.

Daß bei einer wirklichen Vollremission nicht allgemein die Voraussetzungen des § 51 StGB anzunehmen sind, dürfte überflüssig sein, näher zu begründen. Schneider sagt selbst, daß seine Vollremissionen nur Defektheilungen darstellen. Auch **Michel** und **Weeber** (9), die 1928 selbst bei guter Remission den § 2 des österreichischen Strafgesetzes zubilligen, kommen zu diesem Schluß aus der Erwägung, daß der Paralytiker schlechthin eine „geistig defekte Persönlichkeit" darstellt.

Bostroem (12) ist 1930 in der Zuerkennung der Schuldfähigkeit noch sehr zurückhaltend, schreibt aber selbst, daß seine Auffassung nur eine vorläufige ist und daß bei Überblicken eines größeren Zeitabschnittes noch ein sicherer Standpunkt zu erwarten ist. 1934 meint **Lange** (17), „wenn man ... gelegentlich die Zurechnungsfähigkeit bejahen will, so wird man mit besonderer Sorgfalt zu prüfen haben, ob nicht vielleicht ein Rezidiv, ein Wiederaufflackern des Prozesses im Gange ist". Diese Rezidivgefahr ist es, die viele Gutachter davon abhält, die Zurechnungsfähigkeit anzuerkennen.

Auf die Bewertung der Rückfallswahrscheinlichkeit soll im

zivilrechtlichen Teil eingegangen werden. Bezüglich ihrer Einbeziehung in die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit darf aber auf folgendes verwiesen werden:

Die Fragestellung bei § 51 StGB neuer Fassung bezieht sich nicht so sehr wie bei § 6 StGB auf andauernde Bedingungen, insbesondere in der Zukunft. Vielmehr ist im Gesetzestext klar und eindeutig die Bestimmung „zur Zeit der Tat" enthalten.

Salinger (11) betont schon 1928 die Wichtigkeit des Verhaltens bei der Tat, insbesondere ob eine Affekttat oder eine durchdachte und vorher überlegte Handlung vorliegt. Bei den meisten von Salinger angeführten Fällen wird man wohl heute die Voraussetzungen des § 51 StGB Absatz 1 bejahen, z. B. bei einem Täter, der — am hellichten Tage in einer belebten Gegend — mit einer Drahtschere einen Drahtzaun durchschneidet, um Gänse zu stehlen. Ein Beispiel aus unserem Material beweist aber andererseits eindeutig auch die Möglichkeit der Schuldfähigkeitserklärung bei nicht vollkommener Remission, wenn das zweckbedingte und überlegte Vorgehen bei der Tat deutlich zu Tage tritt:

Fall 1: Kellner, geboren 1901, mit ungefähr 17 Jahren syphilitische Infektion. 1923 und 25 wegen Eigentumsvergehens bestraft. Ungefähr 1926 Gedächtnisstörung, 1927 Malariabehandlung, 1928 Pyriferkur, Wassermannsche Reaktion im Blut damals angeblich schwach positiv, 1929 spezifische Nachbehandlung, am 27. Oktober 1929 erneutes Eigentumsdelikt: Bestellte Kofferapparat mit Schallplatten auf Abzahlung, unterzeichnete den Bestellschein mit dem Mädchennamen seiner geschiedenen und getrennt von ihm wohnenden Frau ohne deren Wissen. Er bezahlte die erste Rate von 40,— Mark, nahm den Apparat an, dann wechselte er die Wohnung und verschwieg der Firma den neuen Aufenthalt. Bei einer zufälligen Begegnung erzählte er der geschiedenen Ehefrau davon und erklärte auf deren Bedenken, ihr könne nichts passieren, sie hätte zur fraglichen Zeit ja nicht unter der angeblichen Anschrift gewohnt. Die Frau wurde dann verhaftet.

Dieserhalb 1930 Gutachten von anderer Seite: Unklare Differentialdiagnose zwischen Schizophrenie und abgelaufener Luespsychose bei Debilem (!), § 51 StGB bejaht. August 1931 Gutachten des hiesigen Instituts wegen dieser Straftat: Psychischer Befund: Gehemmter Denkablauf, klagt über Gedächtnisschwäche, weiß nicht, wann Krieg und wie lange er im Gefängnis war. Gab zunächst an, sich auch nicht an die Delikte erinnern zu können. Bei späterer Untersuchung Angabe, an seine Frau Briefe stets unter ihrem Mädchennamen adressiert und deshalb beim Unterzeichnen des Bestellscheins ihren Mädchennamen geschrieben zu haben. Er habe ihr den Apparat schenken wollen und deshalb ihren Namen benutzt!

Körperlicher Befund: Dürftiger Ernährungszustand. Druckempfindlichkeit des Hinterkopfes, auch der Supraorbitalnerven (klagt über Schmerzen und angebliche Bewußtlosigkeitsanfälle). Spurweise Anisokorie, gute Lichteinfall- und Nahesehenreaktion. Geringes Verstrichensein der rechten Wangenfalten gegen links. Sprache etwas gehemmt und verwaschen. PSR gesteigert, Romberg positiv?.

Nach dem Gutachten waren die Paralyse-Restzeichen vorwiegend körperlich. Die verwaschene Sprache wurde als Folge des schnellen Sprechens angesehen. Ein leichter Schwachsinn bestand dagegen. Der Gedächtnisdefekt wurde von X übertrieben, er wußte genau auseinanderzuhalten, daß die Firma angab, 5 Platten geliefert zu haben, er aber nur 4 erhalten hätte. Ein innerer Zusammenhang zwischen dem Unterzeichnen mit dem Mädchennamen seiner, unter der angegebenen Adresse nicht bekannten Frau und dem Aufenthaltswechsel war unverkennbar. Die in den verschiedenen Einlassungen vorgebrachten Begründungen seines damaligen Verhaltens offenbarten, daß X in klarer Absicht gehandelt hat und nach wie vor sich der Rechtswidrigkeit seiner Tat bewußt war. Es konnte deshalb angenommen werden, daß X zur Zeit der Tat im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte und fähig war, einsichtsmäßig zu handeln.

Die Behauptung **Schneiders** (3), daß „wir nicht den Remissionsgrad angeben können, bei dem die freie Willensbestimmung noch ausgeschlossen sein kann", trifft doch wohl nicht für alle Fälle zu. Selbstverständlich wird niemand dafür ein Schema aufstellen können, wo bei Vorliegen gewisser psychischer und neurologischer Defekte die Grenze der verminderten Zurechnungsfähigkeit beginnen soll. Das ist aber bei der forensisch-psychiatrischen Beurteilung auch keineswegs erforderlich. Über die beschriebene Untersuchung des Verhaltens bei der Tat und der Tatmotive hinaus stehen uns in der Erforschung der prämorbiden Persönlichkeit, erblichen Belastung und Umweltsbedingungen weitere Entscheidungshilfen zur Verfügung.

Die notwendige Kenntnis der prämorbiden Persönlichkeit ist am besten aus psychiatrischen Befundberichten aus der Zeit vor der Tat zu gewinnen. Die Möglichkeit der Beschaffung derartiger Unterlagen ist aber nicht immer gegeben, da die Begutachtung oft die erste psychiatrische Untersuchung darstellt. In den meisten Fällen genügen jedoch auch Angaben von Familienangehörigen, Auskünfte von Schule und Arbeitsstätte, Herbeiziehung von Versorgungs-, Wohlfahrts- und evtl. früheren Strafakten. Bei Laienangaben ist allerdings stets zu berücksichtigen, daß nicht selten gerade von Familienangehörigen eine völlige Einsichtslosigkeit gegenüber dem tatsächlichen Zustand des Erkrankten besteht, andererseits auch Täuschungen versucht werden, um die Exkulpierung des Angeklagten zu ermöglichen.

Gerade die Herbeiziehung der Vorgeschichte als Hilfsmittel zur Erkennung der Anlage und evtl. schon vor der Straftat bestehender abwegiger Einstellungen erscheint für die Beurteilung

der Schuldfähigkeit wesentlicher als die Frage nach der Zukunft des Täters und damit der Rezidivgefahr. Eine entsprechende Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit ist ja auch durch die Aufgliederung des Schuldfähigkeitsbegriffes in volle und verminderte Zurechnungsfähigkeit erleichtert. Es ist mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß die Autoren, die früher nicht mit dem Begriff „vermindert zurechnungsfähig im Sinne eines zukünftigen Strafrechts" arbeiten wollten, nach 1933 nicht mehr generell die Zubilligung des § 51 StGB Absatz 1 für alle malariabehandelten Paralytiker vertreten würden.

Müller-Heß (23) sagt bezüglich des § 51 StGB Absatz 2 neuer Fassung: „Die verminderte Schuldfähigkeit ist stets bei jedem Delikt des betreffenden Täters erneut zu prüfen und ihre Feststellung nur im Einzelfalle nach Lage der Umstände möglich." Derselbe und **Wiethold** (19) schreiben an anderer Stelle: „Die verminderte Zurechnungsfähigkeit kann immer nur relativ und temporär angewandt werden. Ein hochgradig erregbarer Psychopath kann vermindert zurechnungsfähig sein für ein Affektverbrechen, das er im Augenblick höchster Erregung begangen hat. Es wäre völlig sinnlos, einen solchen emotiven Psychopathen, d. h. also einen an sich geistig minderwertigen Menschen, auch dann als vermindert zurechnungsfähig zu bezeichnen, wenn er in aller Ruhe einen Diebstahl in voller Überlegung ausgeführt hätte."

Auch heute wird nicht selten, z. T. wohl aus der Gewohnheit heraus, die volle Schuldunfähigkeit bescheinigt, wo die verminderte Schuldfähigkeit dem tatsächlichen Befunde viel eher entsprechen würde.

Fall 2: 1889 geborene Frau, Witwe, Infektion unbekannt. Im Juli 1931 wurden vom Ehemann erstmals psychische Veränderungen beobachtet. Anschließend wurde eine kombinierte Salvarsan-Wismut-Kur vorgenommen, die aber keine Besserung erzielte. Im Februar 1932 Malariakur (ca. 13 Fieberzacken). Im März anschließend halluzinatorische Psychose. Entlassung am 2. April 1932 im gebesserten Zustande. Nach Bericht des Hausarztes wurde wegen der bleibenden Defekte 1934 erneut eine Neosalvarsan-Jodkalium-Kur vorgenommen, die „deutlichen Ausgleich der Defekte" erzielte. 1936 Wiederholung der Malariaimpfung, Abbruch der Kur vorzeitig wegen Herzversagens.

Im Oktober 1937 versuchter Versicherungsbetrug: Sie erstattete Schadenanzeige wegen Kleiderdiebstahls, teilte 2 Tage später mit, daß sich die Sachen aufgefunden hätten. Als ein tatsächlich geschädigter Untermieter auf Ersatz drängte, rief sie wieder bei der Versicherung an, wieweit ihre Sache stände. Nach dem Verhör durch die Polizei zog sie dann später ihren Entschädigungsantrag brieflich endgültig zurück.

Der Vorgutachter hielt die X. für zurechnungsunfähig im Sinne des § 51 StGB Absatz 1.

Bei der Untersuchung im hiesigen Institut wollte sich die X. zunächst überhaupt nicht an die Vorgänge der letzten Zeit erinnern können. Zufällig war nun einer der untersuchenden Ärzte zur gleichen Zeit wie die Angeklagte kurz vor Begehung der Straftat in demselben Kurort wie die X. Es gelang dadurch unschwer, das Gedächtnis der Angeklagten „aufzuhellen". Für die Zeit der Begehung der Straftaten behauptete sie allerdings bis zuletzt Erinnerungslosigkeit und gab auch nur zu, „vor einem Jahr einmal Kleider verkauft zu haben". Die demonstrativ gebotene Konzentrationsschwäche „das ist zuviel gefragt in dem Zustand" erwies sich bei genauer Prüfung gleichfalls als erheblich übertrieben. Beim Nachschreiben von Erzählungen wurde bereits bei der zweiten Probe Schrift und Inhalt des Geschriebenen deutlich besser, nachdem das erste Ergebnis vom Untersucher ihr gegenüber angezweifelt worden war. Bei entsprechendem Vorhalt waren die Widersprüche in den Angaben auffallend. Notwendige körperliche Bewegungen, z. B. beim Ausziehen, vollzog sie demonstrativ langsam.

Bei der Beurteilung mußte die Art der Tatausführung Zweifel an der vollen Zurechnungsfähigkeit während der Tat aufkommen lassen. Neben vorhandenen neurologischen Defekten war ferner eine gewisse Gedächtnisschwäche nicht zu verkennen. Auch die bisher unbescholtene Lebensführung unter gleichen Verhältnissen wie während der Straftat ließen einen Verfall der ethischen Haltung als Krankheitsfolge vermuten. Diese Befunde erfüllten die Voraussetzungen der Erheblichkeit, die auch für die Annahme des § 51 StGB Absatz 2 erforderlich ist.

Dagegen ließ die Überlegung, durch Vortäuschen eines Diebstahls eine Versicherung zur Auszahlung dringend benötigter Gelder zu veranlassen, auf nicht unerhebliche Intelligenzreste schließen. Dasselbe galt für das Verhalten bei den Untersuchungen, bei denen ohne erhebliche Überschreitung der Glaubhaftigkeitsgrenzen geschickt ebenso Verlangsamung des Denkvorganges wie Behinderung der körperlichen Beweglichkeit demonstriert wurden. Diese Tatsache, in Verbindung mit der nicht merklich beeinträchtigten Urteilsfähigkeit, ließ die Annahme der Voraussetzungen der Schuld u n fähigkeit unberechtigt erscheinen.

Bei Z u f a l l s v e r b r e c h e n könnte man ja auch heute noch die Zerstörung feinster Nervenbahnen durch den paralytischen Prozeß, die nur sehr selten wieder hergestellt werden, für das Zustandekommen von Unachtsamkeitsmomenten anschuldigen und daher großzügiger urteilen. Es ist aber nicht einzusehen und würde dem Willen des Gesetzgebers widersprechen, daß bei c h r o n i s c h K r i m i n e l l e n im Sinne von **Alexander** und **Staub** die Bestätigung einer gut ausgeheilten Paralyse eine Dauergarantie für Straffreiheit sein soll, die heute dazu führen würde, den Angeklagten lange Zeit oder dauernd nach § 42 b StGB unter-

zubringen. Gerade bei dieser Kriminellengruppe war früher die allgemeine Zubilligung des § 51 StGB eine große Gefahr. War überhaupt noch Erkenntnis für die Bedeutung einer solchen Beurteilung bei dem Täter vorhanden, wurden neue Straftaten häufig unter dem Motto begangen: „Ich habe den § 51, mir kann nichts passieren." Die Einführung des § 42 b StGB hat zwar heute schon diese Einstellung verschwinden lassen. Dafür ist jetzt mit der Zubilligung des § 51 StGB Absatz 1 oder 2 zwangsweise die Frage der Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt zu entscheiden, und man wird sich vor dem endgültigen Urteil darüber Rechenschaft ablegen müssen, welche Besserungsmöglichkeiten bei einem defektgeheilten Paralytiker überhaupt bestehen. Die gesetzliche Handhabe für die Unterbringung ist allerdings nur in der „Gefährdung der öffentlichen Sicherheit" gegeben. Mitleidsmotive, wie sie vor 1933 manchmal anzutreffen waren, müssen bei der Zubilligung des § 51 StGB heute ausschalten. Der verantwortlich erklärte Täter kommt erfahrungsgemäß bei kleinen Strafen meist mit einer kürzeren Freiheitsentziehung davon, als bei Einbringung in eine Heil- und Pflegeanstalt. Die Empfehlung der Zubilligung mildernder Umstände muß scharf von der Anerkennung der verminderten Schuldfähigkeit getrennt bleiben und ist nicht Aufgabe des ärztlichen Sachverständigen, der nur auf die Erklärung guter Seiten hinweisen kann.

In Italien vertrat **Cucchi** (22) 1936 folgende Ansichten: Gewohnheitsverbrecher, bei denen die Straftaten nach der Erkrankung denen vor ihr entsprechen, sind voll zurechnungsfähig.

Kranke, die nach der Kur erstmalig straffällig werden, aber keine typisch paralytischen Delikte begehen, sind vermindert zurechnungsfähig.

Bei erstmaligen Verfehlungen von Paralytikern, wie unsinnigem Exhibitionismus, kindlichen Diebstählen, grundlosen Streitigkeiten, die das Fehlen kritischen Sinnes, ethischen und ästhetischen Empfindens und daher Verlust des „Gebrauches der Vernunft" beweisen, ist Exkulpierung angezeigt.

Im großen und ganzen wird man diesen Ansichten, wenn auch nicht in der ausgesprochenen Unbedingtheit, folgen können, zumal der § 88 des italienischen Strafgesetzbuches dem deutschen § 51 StGB Absatz 1 und § 89 sinngemäß § 51 StGB Absatz 2 entspricht.

Über die Möglichkeiten der Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt in Italien wird in der Abhandlung von **Cucchi** nichts ausgesagt.

Die Entscheidungsgrundlagen für diese Fragen in Deutschland können an folgenden Beispielen erläutert werden:

Fall 3: Schuhmacher, 1867 geboren, 1916 Syphilis, 1930/31 Malariakur wegen Schwindelanfällen und Kopfschmerzen. Bei der Aufnahme in der Anstalt klare geordnete Schilderung seines Lebenslaufes, völlig orientiert, genügende Kenntnisse. Gebessert, noch etwas stumpf, entlassen.

Als Junge schon an Bandenbildungen beteiligt, die Diebstähle und Räubereien ausführten. Mit 12½ Jahren 18 Monate Gefängnis. In Militärzeit Strafen wegen schwerer Trunkenheit im Dienst. 1891 = 1½ Jahre Zuchthaus wegen Geschlechtsverkehr mit einem Mädchen unter 14 Jahren. 1897 trotz Ehe 18 Monate Zuchthaus wegen des gleichen Delikts wie 1891. Ferner 15 Vorstrafen wegen Eigentumsvergehens und Bettelns. 1933 und 1934 wieder Sittlichkeitsverbrechen an minderjährigen Mädchen.

In dem am 27. Oktober 1934 erstatteten mündlichen Gutachten wurde betont, daß keine Denk- und Sprachstörungen bestanden. Das Gedächtnismaterial konnte als lückenlos, allerdings chronisch unzureichend gelten. Eine erhebliche Gefühls- und moralische Stumpfheit war deutlich nachzuweisen. Die Urteilskraft wurde als ausreichend angesehen und § 51 StGB Absatz 2 bejaht. Da es sich um einen abgestumpften Rückfallverbrecher handelte und auch weiterhin die Gefährdung der öffentlichen Sicherheit anzunehmen war, wurde die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt empfohlen.

In einem ähnlichen Fall erschien über die Unterbringungszeit von zwei Jahren in einer geschlossenen Anstalt hinaus weitere Beaufsichtigung eines Rückfallverbrechers mit unvollkommener Remission notwendig:

Fall 4: Kellner, 1896 geboren, mit 12 Jahren Beckenbruch, danach Harnröhrenstriktur, in deren Gefolge später Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. 1915: 18 Monate Gefängnis wegen Notzucht. 7 weitere Vorstrafen wegen Diebstahls, Betruges, einmal wegen Landfriedensbruchs, angeblich während Morphiumzeit.

1919 luetische Infektion. 1930 wegen Paralyse § 51 StGB für Sittlichkeitsverbrechen an minderjährigen Mädchen von anderer Seite zugebilligt. 1931 dagegen wieder 6 Monate Gefängnis wegen Meineides. 1932: 10 Tage Gefängnis wegen tätlicher Beleidigung und 1 Monat Gefängnis wegen Unterschlagung. Im gleichen Jahr Malariakur. Defektheilung. 1933 wieder Sittlichkeitsverbrechen an minderjährigen Mädchen.

1933 wurde in einem Gutachten des Instituts der Zustand als Defektheilung bezeichnet. § 51 StGB Absatz 1 bejaht und Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt empfohlen. Das Gericht beschloß demgemäß. Im Juni 1937 machte der Anstaltsarzt auf die gerichtliche Anfrage hin die Angabe, daß Restsymptome einer Paralyse nicht mehr vorhanden waren.

Bei der neuerlichen Untersuchung kurz danach im Institut zur Feststellung, ob der Zweck der Unterbringung erreicht sei, fanden sich:

Trägheit des Gedankenablaufs, leicht verwaschene Sprache, bei Testworten deutliches Silbenstolpern. Gedächtnislücken waren

deutlich erkennbar, trotz des Bestrebens des X., gesund zu erscheinen, ferner Rührseligkeit und Unbeherrschbarkeit der Affekte.

Es erschien bei diesem Befund notwendig, den Untergebrachten weiter zu beaufsichtigen. Um ihm jedoch die Möglichkeit zu geben, sich in etwas größerer Freiheit zu bewähren, wurde die Überführung in ein Asyl oder Arbeitshaus nach § 42 h StGB vorgeschlagen, von wo auch die Arbeitsbeschaffung vor der bedingten Entlassung nach Hause aussichtsreicher erschien.

Am 20. 6. 38 ergab eine Nachuntersuchung keine Besserung gegenüber dem Zustand vor 1 Jahr. Der Leiter des Arbeitshauses schilderte X. als „zänkisch, aufsässig, frech und leicht reizbar". Der Entlassungsantrag wurde daher durch das Institut nicht befürwortet.

In andersgelagerten Fällen kann aber durchaus auch auf die Unterbringung verzichtet werden und die notwendige Sicherung durch weniger einschneidende Freiheitsbeschränkungen genügend erscheinen:

Fall 5: So wurden in einer Strafsache wegen Rassenschande die Bedingungen des § 51 StGB, Absatz 2, als erfüllt angesehen. Zur gleichen Zeit hatten die Geschwister des Angeklagten Entmündigungsantrag gestellt, da „er sich seinen Lebensunterhalt nicht selbst verdienen könne, häufig die Lehrstellen wechsele und mit einer gleichfalls nicht zurechnungsfähigen Jüdin verkehre". Es handelte sich um eine Defektheilung mit Haltlosigkeit, Kritikschwäche, Gemütsstumpfheit und erheblicher Beeinflußbarkeit, die einer Geistesschwäche im Sinne des § 6 BGB entsprach.

Die Entmündigung erschien auch geeignet, X. „nach der Entlassung aus der Strafhaft vor weiteren Entgleisungen einigermaßen wirksam zu schützen", insbesondere, weil er den Anordnungen seines Vormundes bei seiner Unselbständigkeit zugänglich erschien.

Was die Art der Verbrechen und Vergehen der Paralytiker angeht, so dürften Eigentumsdelikte im Vordergrund stehen. Verstöße gegen die Sittlichkeit sind aber auch keineswegs selten.

Die Beurteilung von Straftaten bei vorher einwandfreier Lebensführung ist im Zustand der Remission naturgemäß schwieriger. **Leppmann** (8) bringt folgenden Fall:

Fall 6: Ein 1883 geborener Kaufmann X. erkrankte 1923 an Paralyse, wurde im August 1924 mit Malaria behandelt und Anfang Dezember 1924 als geschäftsfähig entlassen. Während er sich vor der Erkrankung gut geführt hatte, machte er nach der Anstaltsentlassung Schulden und wurde 1926 von zwei Ärzten wegen Paralyse für unzurechnungsfähig erklärt.

Nach dem Urteil von Leppmann war X. 1926 korrekt in seinem Leben, pünktlich, gesammelt, im ganzen beherrscht, frei von

Störungen des Gedankenablaufes, nicht krankhaft optimistisch, frei von Wahnideen und Sinnestäuschungen. Ohne ein Rezidiv anzunehmen, zweifelte Leppmann dennoch an der Zurechnungsfähigkeit des X., weil dieser bis zu seiner Erkrankung „die Lebensprobe einwandfrei bestanden" hatte. Das Mißlingen der Erwerbsversuche nach der Entlassung, sein Herumzanken mit den verschiedensten Leuten und deren Ausnützung ohne Einsicht für die Unzulässigkeit wird auf eine „krankhafte Depravation der geistigen Gesamtpersönlichkeit" zurückgeführt. Eine derartige Charakterverschlechterung mit Versagen der Urteilskraft erfüllt nach Leppmann den Begriff des Ausschlusses der freien Willensbestimmung.

Hierzu ist zu sagen, daß Vergleichsschlüsse zur früheren Lebensführung nur dann logisch einwandfrei sind, wenn die äußeren Bedingungen des früheren Lebens in den hauptsächlichsten Merkmalen mit denen zur Tatzeit übereinstimmen. Daß ein Paralytiker durch seine Erkrankung meist in schlechtere Umweltbedingungen hineingerät, vermindert im allgemeinen nicht seine Schuldfähigkeit. Wenn überhaupt die soziale Anpassungsfähigkeit im Begriff der Vollremission enthalten sein soll, kann es sich nicht nur um die Wiederanpassung an die früheren guten Verhältnisse handeln. Haben wir aber einen derartig Remittierten zu begutachten, und ergeben sich Anhaltspunkte, daß die prämorbide Persönlichkeit bereits Fehleinstellungen zeigte, so besteht durchaus die Möglichkeit, daß der Beschuldigte rein zufällig erst nach seiner Erkrankung in das zur Tat treibende Milieu geraten ist. Ob im Falle Leppmanns wirklich eine „Charakterverschlechterung" durch die Paralyse erfolgt ist, muß dahingestellt bleiben. Es darf darauf hingewiesen werden, daß eine schlechte Charakterveranlagung auch vor der Erkrankung bestanden haben kann, diese aber — nach dem mitgeteilten Lebenslauf — unter früher günstigen Umweltbedingungen nicht zum Vorschein kam. Wahrscheinlich käme in dem Falle Leppmanns heute höchstens § 51 StGB Absatz 2 in Frage.

Daß die Anerkennung der Schuldfähigkeit nicht der Feststellung einer Vollremission gleichkommt und daß trotzdem gerichtsärztlich noch Abstufungen in der Beurteilung möglich sind zeigt der folgende Fall:

Fall 7: Packer, 1881 geboren, Infektion unbekannt, 1922 Meineid. Ab 1928 örtliche Desorientiertheit, Gedächtnisstörungen, Bewußtseinsverluste, Verwirrung. 1930 Malariakur, 1932 Untersuchung auf Zurechnungsfähigkeit wegen eines weiteren im selben Jahre geleisteten Meineides.

Körperlich: Sehlöcher entrundet, rechte Pupille weiter als linke, Zunge weicht nach links ab und zittert stark. Rosenbach angedeutet. Silbenstolpern.

Psychisch: Gedächtnislücken für die Zeit der schwersten Krankheitserscheinungen, isolierte Merkfähigkeitsstörungen, schlechte Rechenleistungen, erhöhte Ermüdbarkeit, verlangsamter Gedankenablauf. Antriebs- und Konzentrationsschwäche. Ungenügende Einsicht für Schwere der Erkrankung, falsche, aber korrigierbare Einstellung zum Verfahren, glaubte auf Grund der falschen Auffassung der Fragestellung keinen Meineid geleistet zu haben. Stimmung leicht gedrückt, mäßige Stumpfheit.

In dem Gutachten vom 20. Juni 1932 wurde festgestellt, daß 1930 die Annahme des § 205 StPO (Einstellung des Verfahrens beim Verfallen in Geisteskrankheit) wohl berechtigt war. Zur Zeit konnte aber keine schwere Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit — ausgenommen seine Einstellung zum eigenen Körper- und Geisteszustand — kein inadäquater Affekt, kein Verlust ethischen Empfindens, keine Störungen des Wollens und Handelns mehr festgestellt werden, so daß trotz der Defektheilung X. als geschäfts- und zurechnungsfähig angesehen wurde. Die Annahme eines Pflegekindes wurde am 25. Oktober 1932 für zulässig gehalten, da dieses weiterhin unter Obhut des Jugendamtes bleibt. Am 10. Juli 1934 war bei einer neuen Untersuchung keine nennenswerte Zustandsänderung zu bemerken. Wegen der Defektheilung wurde X. zur Adoption des Großneffen für ungeeignet erklärt, da damit unbeschränkte elterliche Gewalt ohne Kontrolle verbunden ist.

Nach dem Gesagten erscheint eine Neueinteilung des Remissionsbegriffes mit Angaben bestimmter Merkmale, bei denen die Schuldfähigkeit abzuerkennen ist, nicht möglich. Weder Störungen der Auffassung, der Orientierung, der Stimmungslage, des Affektes, der Intelligenzleistungen, noch die der Merk- und Gedächtnisfähigkeit und des Gedankenablaufs können für sich allein ohne Inbeziehungsetzen zur Tat irgendeine Urteilsbildung ermöglichen. Die bei der Paralyse typischen Charaktermängel können die Beurteilung ausschlaggebend stützen, zumal bei der Fassung des Gesetzes auch diese Mängel als Geistesschwäche anzusehen sind. Die Urteilsfähigkeit darf andererseits z. B. wegen Überwertigkeitsgefühlen irgendwelcher Art allein, forensisch nicht als vermindert angesehen werden. Der Gesetzgeber hat ausdrücklich einen sehr niedrigen Maßstab an die Kritikleistungen angelegt, wenn er sagt, daß bei der Tat die Fähigkeit, das Unerlaubte, nicht das Ungesetzliche einzusehen, vorhanden gewesen sein muß. **Groß** und **Sträußler** heben hervor, daß geringe geistige Fähigkeiten für die forensische Urteilsfähigkeit genügten, was schon der Umstand beweise, daß das

österreichische Gesetz die strafrechtliche Verantwortlichkeit mit 14 Jahren beginnen lasse.

Bei der Beurteilung einzelner Symptome ist scharf auf Simulation und Dissimulation zu achten. So waren in einem Fall aus anderem Material des Berliner Instituts mehrere Gutacher getäuscht worden:

Fall 8: Ein Mann hatte nachweislich vor 20 Jahren eine luetische Infektion und entsprechende Behandlung durchgemacht. 1934 waren im Blut Kahn- und Meinickesche Reaktion positiv, die Wassermannsche Reaktion dagegen negativ. Die bestehenden Pupillenstörungen waren mit größter Wahrscheinlichkeit als Folgen von Alkoholmißbrauch anzusehen. Er markierte aus bestimmten Zweckmäßigkeitsgründen paralytische Denk-, Gedächtnis-, Merkfähigkeits-, Sprach-, Rechenleistungs- und Intelligenzstörungen so geschickt, daß er erst — nachdem mehrere Gutachter getäuscht worden waren — nach ausführlichem Aktenstudium und Lumbalpunktion durch entsprechende Vorhalte überführt werden konnte.

Außerhalb von Simulation und Dissimulation kann das Vorliegen von Krankheitssymptomen noch durch mannigfache Gründe bedingt sein, die nichts mit der strafrechtlichen Verantwortlichkeit und dem tatsächlichen Remissionsgrad zu tun haben. Die als Kennzeichen der Vollremission oft genannte Krankheitseinsicht braucht z. B. durchaus nicht wegen ungenügender Ausheilung zu fehlen. **Groß** und **Sträußler** (6) erklären hierzu, daß oft die an die überstandene psychotische Erkrankung mahnenden Gedankengänge bewußt abgelehnt werden und daß es sich ferner während der Psychose um einen veränderten Bewußtseinszustand handelt, „von dem nicht immer gangbare Brücken zum normal gewordenen Bewußtsein führen".

Auch die Liquorreaktionen können unsere Einschätzung nur unterstützen. Auf diese wird im 2. Teil noch näher eingegangen werden.

Zusammenfassend ist bezüglich der Zurechnungsfähigkeit malariabehandelter Paralytiker zu sagen, daß diese maßgeblich von der Schulderkennungsfähigkeit abhängt und daher bei Vorliegen derselben zu bejahen ist, auch wenn Ausfälle auf psychischem und neurologischem Gebiet bestehen bleiben. Der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit bietet die Möglichkeit, sich unterschiedlichen Remissionsgraden anzupassen.

Über die Hilfsmittel der psychiatrischen Untersuchungen hinaus stehen dem Gerichtsarzt in den soziologischen Ermittlungen der Berufserprobung remittierter Paralytiker wertvolle Anhaltspunkte für sein Urteil zur Verfügung. Während **Koester** (15) 1932 auch für die Zurechnungsfähigkeit die Berufs b e w ä h r u n g untersucht, wird letztere im allgemeinen mehr zur Entscheidung über die bürgerliche Rechtsfähigkeit herangezogen. Es liegt ja

auch nahe, die ausreichende Erfüllung der beruflichen Geschäfte gerade für die Feststellung der „Geschäftsfähigkeit" zu fordern. Dies gilt besonders für die Bedingungen der §§ 2229 ZPO und 104 und 105 BGB. In den meisten Fällen wird aber nun nicht zurück-, sondern vorausschauend z. B. bei Wiederbemündigungen zu entscheiden sein, ob überhaupt eine Wiederzulassung zum alten Beruf ärztlich verantwortet werden kann, d. h. das Gutachten über die Geschäftsfähigkeit hat maßgeblich die Berufsfähigkeit mit zu berücksichtigen.

Ein Urteil über die bürgerlich-rechtliche Fähigkeit kann in Deutschland aus mannigfachen Ursachen erfordert werden. Im Vordergrund stehen die §§ 6 BGB (Entmündigung) mit den entsprechenden Bestimmungen der §§ 1906 (vorläufige Vormundschaft) und 1910 ZPO (Pflegschaft), weiter §§ 104 und 105 BGB (Geschäftsfähigkeit), § 455 ZPO (Prozeßfähigkeit), § 2229 ZPO (Testierfähigkeit) und § 827 BGB (zivilrechtliche Verantwortlichkeit), außerdem die §§ 1325, 1331 und 1569 BGB (Eheanfechtung — Scheidung).

Im Rahmen dieser Arbeit sollen vor allem die §§ 6, 104 und 105 BGB unter dem Sammelbegriff „Geschäftsfähigkeit" berücksichtigt werden.

Es ist bereits im strafrechtlichen Teil betont worden, daß für die bürgerliche Rechtsfähigkeit andere Maßstäbe als für die strafrechtliche Verantwortung gelten müssen. Nach **Tanzi** (zitiert nach Cucchi, 22) sind die „Verbotsvorschriften des Strafrechts für den bescheidensten Verstand faßbar. Innerhalb des Begriffsbereichs der Geschäftsfähigkeit aber „muß man die Wahl treffen nicht allein zwischen dem Erlaubten und dem Unerlaubten, sondern auch zwischen dem Wahren und Falschen, zwischen Günstigem und Ungünstigem, zwischen dem mehr oder weniger Wahrscheinlichen" (Probabile). Diese unaufhörliche und manchmal dringende Wahl erfordere „einen Schatz praktischer Kenntnisse, eine nicht bloß negative Verhaltungsweise" ... Entsprechend diesen höheren geistigen Anforderungen wird man daher unter Umständen selbst bei vorhandener Zurechnungsfähigkeit die Geschäftsfähigkeit verneinen müssen.

Cramer (2) betont schon 1908, daß „die Entmündigung bei einem Paralytiker nicht frühzeitig genug erfolgen kann", auch wenn noch keine groben Intelligenzdefekte vorliegen, andererseits genüge die Diagnose „Paralyse" allein nicht zum Ausschluß der Geschäftsfähigkeit. Vielmehr müsse die Urteilsschwäche soweit fortgeschritten sein, daß der Patient einem unmündigen Kinde gleich zu erachten sei. Diese Einstellung teilt auch

Zingerle (3). Nach ihm kann unter anderem der Vergleich von Schriftproben die zeitliche Abgrenzung des Beginns der Handlungsunfähigkeit erleichtern.

Nach Einführung der Malariabehandlung und der dadurch bedingten Erhöhung der Remissionsziffern wurden naturgemäß auch die Verlaufsmöglichkeiten der Erkrankung vervielfacht und die forensischen Problemstellungen erheblich vermehrt. Die Beurteilung von Spontanremissionen tritt bei ihrer Seltenheit damit im Schrifttum völlig zurück.

Schneider (5) will malariabehandelte Paralytiker mit nur feinen Wesensänderungen und Berufsfähigkeit nicht entmündigen und solche mit geringen Leistungsstörungen und teilweiser Berufsfähigkeit unter Pflegschaft stellen. **Groß** und **Sträußler** (6) empfehlen gleichfalls wirkliche Vollremissionen und solche mit nur feinen Wesensveränderungen nicht zu entmündigen. Auch **Michel** und **Weeber** (9) erkennen dem vollremittierten Paralytiker die Geschäftsfähigkeit zu. **Salinger** (11) empfiehlt zunächst die Anordnung der vorläufigen Vormundschaft, um nach Eintritt der Besserung den Antrag zurücknehmen lassen zu können. Eine Beschlußaussetzung sei nur bei Trunksucht möglich (§ 1681 ZPO), nach **Stein-Jonas** solle die Aussetzung allerdings auch nach § 248 ZPO zulässig sein und ist nach **Salinger** in Fällen mit Vollremission anzuraten. Gute Lebens- und Geschäftsführung durch längere Zeit bei Fehlen klinischer Symptome von Geistesstörungen genüge für die Aufhebung der Entmündigung. Bei Stellung unter Pflegschaft genüge nach Vollremission der Aufhebungsantrag des Pflegebefohlenen (§§ 1910, 1920 BGB), nach **Hübner** müßte dieser aber den Antrag mit voller Erkenntnis der Sachlage stellen (Kammergerichtsentscheid Band 28 A, S. 166). Die Voraussetzung des § 1569 BGB sei bei einem einer Vollremission folgenden Rezidiv erst dann gegeben, wenn letzteres drei Jahre in der Ehe gedauert habe.

Köster (15) nahm 1929 bei Pflegschaften, wenn der Kranke sich kritiklos sträubte, die „Verständigung als nicht möglich" an. Nach **Bostroem** (12) (1930) sind D e f e k t geheilte nur dann als geschäftsunfähig anzusehen, wenn „wirklich noch manifeste Ausfälle vorliegen". Bei Remissionen und den „sogenannten geheilten" Paralytikern empfiehlt B. für Berufstätige Aufhebung der Entmündigung zur Verminderung der Berufsschwierigkeiten oder doch wenigstens Umwandlung der Entmündigung in eine solche wegen Geistesschwäche, um eine langsame Erweiterung der geschäftlichen Betätigung zu ermöglichen.

Selbst unvollkommene Remissionen können also Geschäftsfähigkeitserklärung ermöglichen. So schreibt **Balmes** (13) 1931 für spanische Verhältnisse, daß unter dem Gesichtspunkt der sozialen Stellung des Kranken eine unvollständige Heilung durchaus mit den zivilen Fähigkeiten bei einem Individuum vereinbar sei, das „keine Güter oder nur seinen Tageslohn von 8 bis 12 Peseten zu verwalten hat".

In Italien nimmt **Cucchi** (22) 1936 bei Vollremission auch volle Geschäftsfähigkeit an. Bei der Beurteilung von Testamenten erleichtere das Textstudium, die Seltsamkeit der Bestimmungen, ihre Zusammenhanglosigkeit und die Prüfung des Benehmens nach der Krankheit die Diagnose.

Alle Autoren, die sich mit der zivilrechtlichen Einstufung malariabehandelter Paralytiker befaßt haben, sind sich darüber einig, daß die soziale Stellung allgemein und die Berufsart im besonderen maßgebenden Einfluß auf das Urteil gerade bei Wiederbemündigung haben muß. Welche Gruppen nun aber bei Vollremission wieder als voll berufsfähig zu bezeichnen sind, darüber sind die Ansichten sehr geteilt.

Schneider (5) will selbst Geschäftsfähige pensionieren, wenn sie verantwortliche Stellungen einnehmen. **Groß** und **Sträußler** dagegen gestatten auch Personen, deren Betätigung öffentliche Interessen berührt, die Wiederaufnahme des Berufs. Sie betonen jedoch, daß die Wiederherstellung der Berufsfähigkeit nicht immer die Wiederherstellung der psychischen Persönlichkeit verbürge. **Michel** und **Weeber** (9) wollen die Berufsfähigkeit nicht generell entscheiden. Der Arzt sei „im Einzelfalle unter Umständen" nicht berechtigt, dem Aufbau einer sozialen Existenz hinderlich zu sein. **Salinger** (11) bejaht die Dienstfähigkeit von Beamten, Ärzten, Apothekern und Rechtsanwälten bei Vollremission. Lokomotivführer und mit Zugabfertigung betreute Beamte werden dagegen ausgenommen, weil „hier die Verantwortung zu groß ist" und die Rezidiverkennung trotz der Nachuntersuchungen des Bahnpersonals nicht immer rechtzeitig möglich sei. Richter sollen unter Kontrolle fungieren, auch bei Autofahrern sei Vorsicht geboten. **Koester** (15) hat dagegen bei Ärzten, Richtern, leitenden Dezernatsbeamten und Betriebsleitern die Berufswiederaufnahme regelmäßig abgelehnt. **Balmes** (13) empfiehlt erst nach länger bestehender Remission die Berufsfähigkeit von Medizinern, Architekten, Mechanikern und Chauffeuren zu bejahen. **Holthaus** (16) lehnt auch bei bestem Behandlungserfolg die Wiederbeschäftigung von Lokomotivführern oder Beamten in sonstiger verantwortungsvoller Stellung des Fahrdienstes ab. Er

weist darauf hin, daß die Reaktionszeit derartiger Menschen häufig verlängert ist und daher die Abwendung eines drohenden Unglücks wegen des Fehlens von Geistesgegenwart und rascher Entschlußfähigkeit unmöglich sein kann.

Schoenhals (14) (Staatskrankenhaus der Polizei, Berlin) verneint 1932 die Wiederverwendbarkeit von Polizeibeamten in leitender Stellung jeder Art im Vollzugsdienst und zum Teil in der Verwaltungs- und Kriminalpolizei, da „auch die feinsten Untersuchungsmethoden, auch die der feineren Persönlichkeitserforschung, vorläufig nicht ausreichen, uns einen sicheren Maßstab dafür zu geben, was zugrunde gegangen ist, was erhalten blieb, auch Schlußfolgerungen für den späteren Krankheitsverlauf noch in keinem Falle gezogen werden können". Er beruft sich dabei — allerdings nicht zu Recht — auf die damalige Einstellung des Berliner gerichts-medizinischen Institutes. Es sind mir neuerdings aber auch Bestrebungen bekannt geworden, die noch keinen Niederschlag in der Literatur gefunden haben, höhere Polizeibeamte nach Vollremission unter laufender Kontrolle des Liquorbefundes wieder mit verantwortungsvollen Aufgaben zu betrauen.

Auch **Cucchi (22)** ist bei Apothekern, Ärzten, Bankiers und Politikern mit seinem Urteil vorsichtig, da bei der Paralyse die ersten beiden Berufsgruppen besonders durch den Gedächtnisverlust, die beiden letzten durch den Mangel an kritischem Vermögen, gefährdet seien. **Krey** (25) hält die Unterlassung geburtshilflicher und operativer Tätigkeit bei Ärzten für geboten. Im allgemeinen empfiehlt er in diesen Fällen wie auch bei Juristen nach zweijähriger Remission Berufsausübung nur unter Kontrolle durch „gemeinsame kollegiale Tätigkeit".

Die Betrachtung der hier vorgetragenen Anschauungen ergeben sich — ähnlich wie bei der Zurechnungsfähigkeit — Unterschiede, die nicht nur aus verschiedenem Ausgangsmaterial oder Beobachtung nur unvollkommener Remissionsgrade durch bestimmte Autoren zu erklären sind. So kommen z. B. **Koester** und **Salinger** in ihren nur ein Jahr auseinanderliegenden Veröffentlichungen zu verschiedenen Ergebnissen, obwohl beide an großen Heil- und Pflegeanstalten in Deutschland ihre Beobachtungen machten. Es dürften somit auch hier verschiedenartige grundsätzliche Erwägungen eine Rolle spielen.

Meines Erachtens ist anzuerkennen, daß in jedem Einzelfalle der Remissionsgrad nur in Beziehung zu dem voraussichtlichen Aufgabengebiet eines Behandelten zur Grundlage des Gutachtens gemacht werden kann. Es muß allerdings bedacht werden, daß vielfach eine Handhabe gegen einen späteren Berufswechsel, wo-

durch die alten Voraussetzungen geändert werden, nicht besteht. Trotzdem ist aber nicht einzusehen, warum in Fällen, die praktisch eine Heilung darstellen, nicht die Folgerung einer Wiederbetrauung mit dem alten Geschäftsbereich gezogen werden soll. Auch die Rückfallgefahr allein dürfte nicht schlechthin als Gegengrund genügen. Eine gewisse Sicherung in dieser Hinsicht stellt schon das Überblicken eines mehrjährigen Zeitraumes seit der Malariakur dar, den **Wagner-Jauregg** mit 2 Jahren begrenzt hatte (Nach Groß und Sträußler). Bei d r e i Jahre anhaltender Remission ist **Groß** und **Sträußler** (6) kein Rezidiv bekannt geworden. Auch **Cucchi** (22) kommt bei Betrachtung des Schicksals von 172 malariabehandelten Paralytikern zu ähnlichen Ergebnissen bezüglich der Vollremissionen.

Im Entmündigungsverfahren gibt die von **Bostroem** (12) empfohlene Erweiterung des Aufgabenbereichs durch Umwandlung der Entmündigung in eine solche wegen Geistesschwäche geradezu die Möglichkeit eines Belastungsexperiments.

Die Überwachungsmöglichkeiten auch nach voller Geschäftsfähigkeitserklärung verringern die Gefahren durch Rückfallfolgen weiterhin. Ein Patient mit voller Einsicht — und nur solche wird man wieder in alle bürgerlichen Rechte einsetzen — wird leicht zu einer freiwilligen Überwachung zu bewegen sein, sei es als poliklinische oder gerichtsärztliche Kontrolle, Betreuung durch die Nervösenfürsorge eines Gesundheitsamtes oder sogar durch Stellung unter Pflegschaft. **Krey** (26) gibt seinen Patienten bei der Entlassung einen Termin an, wann sie sich zu einer zwei- bis dreitägigen Nachuntersuchung wieder einzufinden haben. In den ersten Jahren erfolgen diese Nachuntersuchungen halbjährlich. Krey hat mit dieser Methode gute Erfahrungen gemacht und manchem Rezidiv vorbeugen können. Im Strafverfahren kann als Voraussetzung der bedingten Entlassung (§ 42 h StGB) die Verpflichtung auferlegt werden, sich auf Jahre hinaus zu Kontrolluntersuchungen zur Verfügung zu halten. Diese Regelung wird bei straffälligen Rauschgiftsüchtigen z. B. im Berliner gerichtsmedizinischen Institut angewandt und hat bezüglich der Verminderung der Rückfallziffern gute Erfolge gezeitigt.

Auch die Belehrung der Angehörigen ermöglicht in manchen Fällen eine sachgemäße Überwachung. **Salinger** und **Balmes** kann man dagegen insoweit zustimmen, daß bei Fahrzeugführern irgendwelcher Art, bei denen eben nicht häufig genug Nachkontrollen möglich sind, und die durch die Art ihrer Tätigkeit die Allgemeinheit besonders gefährden, die Wiederbemündigung und dergleichen von einem Berufswechsel abhängig gemacht

wird. Es ist auch zuzugeben, daß gelegentlich in sehr verantwortungsreichen Arbeitsgebieten bei sonst guter Remission Mängel wie Einbuße an Pflichtbewußtsein, Gründlichkeit und Zuverlässigkeit Zurückhaltung bei der Beurteilung erforderlich machen. Eine generelle Verweigerung der Berufsfähigkeitserklärung von Personen auch in leitenden Stellungen dürfte aber unter den obigen Überwachungsbedingungen nach Feststellung eines dem normalen angenäherten psychischen Befundes nicht begründet sein, zumal sie meist nur einer althergebrachten Sicherung von Rückschlägen entspricht. Eine regelmäßige psychiatrische Nachkontrolle wird bei eingehender Exploration aber gerade durch den Vergleich mit früheren Befunden rechtzeitig ein Rezidiv erkennen lassen. Die neuro- und serologischen Befunde können als wertvolle Entscheidungshilfen dabei herangezogen werden. Auf sie allein kann sich die forensische Beurteilung allerdings nicht stützen. Es ist bekannt, daß selbst bei weitgehender Wiederherstellung des früheren geistigen Zustandsbildes häufig neurologische Ausfallserscheinungen bestehen bleiben. Das gleiche gilt für die serologischen Befunde. Nach **Horn** (zitiert nach Groß und Sträußler, 6) bleibt die Wassermann-Globulin- und Goldsol-Reaktion in den meisten Fällen trotz Remission verschieden lange positiv, während Hämolysin-Reaktion, Zellzahl und Gesamteiweiß meist rasch zurückgehen. Bei länger dauernden Remissionen sollen dann aber in einer großen Zahl von Fällen alle pathologischen Liquor-Reaktionen verschwinden. Nach **Balmes** (13) wird gerade die Globulin-Reaktion bei gebesserten Fällen negativ.

Holthaus und **Meinicke** (16) fanden, daß die Meinicke-Klärungsreaktion II im Liquor „eine wesentlich größere Widerstandsfähigkeit" bezüglich Veränderungen nach der Malariabehandlung im Vergleich zur Wassermann-, Goldsol- und Eiweiß-Reaktion zeigt. Holthaus hat über die prognostische Bedeutung des Liquorbefundes folgende Sätze aufgestellt:

1. Dem gleich nach der Fieberkur auftretenden Rückgang der Zellzahl kommt in prognostischer Hinsicht keine Bedeutung bei.

2. Das Bestehenbleiben stark positiver Reaktionen länger als 2 bis 3 Jahre nach der Kur ist ungünstig; dabei etwa vorkommende gute klinische Besserungen sind nicht stabil.

3. Die Sanierung des Liquors muß dem gebesserten psychischen und neurologischen Befunde nachfolgen.

4. In den Fällen, in denen umgekehrt eine Besserung des Liquorbefundes einer wesentlichen klinischen Besserung vorangeht, ist bald wieder ein Rückgang zu erwarten.

5. Ein Unterschied im Liquorbilde besteht zwischen Vollremissionen und Defektheilungen nicht; bei beiden sind schließlich die Reaktionen im Liquor bis auf Spuren oder ganz negativ.

6. Eine günstige Prognose haben die psychisch und somatisch gebesserten Fälle, die etwa ein Jahr nach der Kur wesentliche Abschwächungen der Reaktionen aufweisen. Hier ist eine Vollremission oder eine Defektheilung zu erwarten.

7. Bleiben stark positive Reaktionen trotz gebessertem psychischen Befunde länger als zwei Jahre bestehen, so droht eine Verschlechterung. Eine neue Fieberbehandlung ist unbedingt erforderlich.

8. Liquorsanierte Patienten, die länger als 5 Jahre ganz unauffällig in alter Weise ihrer Tätigkeit mit Erfolg obliegen, sind als ausgeheilt zu betrachten.

Es würde im Rahmen dieser Arbeit zu weit führen, alle klinischen Untersuchungsmöglichkeiten, neuro- und serologischen Befunde zu besprechen, die auf ein Rezidiv bzw. eine ungenügende Ausheilung hindeuten. Man wird aber **Balmes** (13) so weit folgen können, daß die „Tendenz zur Normalisation der serologischen Reaktionen und das Verschwinden der entzündlichen neurologischen Symptome" für die Zuerkennung der bürgerlichen Fähigkeiten notwendig sei, da in dem entgegengesetzten Falle häufig Rückfälle vorkämen. Zur Differentialdiagnose gegenüber der Lues cerebri, syphilitischen Neurasthenie und Pseudoparalyse wird dagegen die Liquordiagnostik nicht zu entbehren sein (**Lange**, 17).

Die Art der Abstufung der Verfügungsbeschränkung durch Entmündigung wegen „Geistesschwäche" gegenüber „Geisteskrankheit" kann am besten an Hand eines praktischen Beispiels gezeigt werden. Ein derartiges stellt der nachfolgend angeführte Fall dar. Aus ihm ist weiter zu ersehen, daß es Vollremissionen mit Gewinnung von Krankheitseinsicht gibt, obwohl neurologische Defekte bestehen bleiben und daß trotz Verschlechterung des Liquorbefundes ein Rezidiv nicht immer eintreten muß.

Fall 9: Kaufmann, 1878 geboren, ungefähr 1898 Infektion. Ende April 28 typische Größenideen, wollte in der ganzen Welt Volksspeisehäuser bauen und durch Ausschaltung des Zwischenhandels soviel verdienen, daß er innerhalb eines Jahres die ganzen deutschen Kriegsschulden bezahlen könnte. Veranstaltete mit großem Geldaufwand ein Gründungsessen, gab an, 2000 Zeppeline und 100 000 Lastautos bestellt zu haben, von Hindenburg zum Chef eines Dragonerregiments ernannt zu sein usw. Neurologisch: Anisokorie, mäßige Lichtreaktion, abgeschwächte PSR, Silbenstolpern, im Liquor Paralysebefund.

Im Sommer 1928 Malariakur, am 27. Juni 1928 aber nur größere „Gleichmäßigkeit und Ruhe" und serologische Besserung. Sonst keine Veränderungen. Entmündigung wegen Geisteskrankheit am 21. September 1928. Am 5. November 1928 fachärztliche Bescheinigung, daß Zustand weitgehend gebessert.

Gutachten vom 20. Dezember 1928: Noch Stumpfheit, schlaffe Gesichtszüge, Kleben an der Idee der Volksspeiseküchen.

Neurologisch: Anisokorie, Silbenstolpern, Facialisdifferenz, Steigerung der PSR. Dagegen gebessert bezüglich Einsicht für Grundlosigkeit seiner früheren Behauptungen, keine Größenideen mehr, gute Gedächtnis-, Merkfähigkeits- und Rechenleistungen. Erklärung von abstrakten Begriffen möglich. Umwandlung der Entmündigung in solche wegen Geistesschwäche empfohlen. In einem Zusatzgutachten von anderer Seite vom 25. Februar 1929 wird die neuerdings aufgetretene Liquorverschlechterung gegen Ende 1928 (Wassermannsche Reaktion bei Entlassung am 1. August 1928 bei 0,1 zweifelhaft, jetzt wieder stark positiv, Verstärkung der Kolloidreaktion im Sinne einer Paralysekurve) als Vorläufer eines Rückfalles aufgefaßt. Neurologisch fanden sich außer dem Befund vom 20. Dezember 1928: Blasse Gesichtsfarbe, geringe Lichtreaktion der rechten Pupille, schwache Konvergenzreaktion beiderseits, links weniger als rechts, PSR fehlend! Bei Testworten keine Störung, Umgangssprache nach längerem Sprechen manchmal leicht stolpernd. Psychisch: Eigene Größenideen als krankhaft aufgefaßt, aber noch Haften an Volksspeiseküchenidee, Mangel an Aktivitätsgefühlen, leichte Euphorie. Entmündigung wegen Geistesschwäche vorwiegend aus sozialen Gesichtspunkten empfohlen. Am 18. Mai 1929 dementsprechender Gerichtsbeschluß.

Am 27. Januar 1930 wurde von dritter Seite eine fachärztliche Bescheinigung ausgestellt, daß die Voraussetzungen für die Entmündigung nicht mehr vorlägen. Am 24. April 1930 wurde dann auch die Wiederbemündigung vom Bonner gerichtsmedizinischen Institut empfohlen. Psychisch konnten jetzt völlige Krankheitseinsicht, keinerlei Auffälligkeiten und soziologisch gute Berufsführung festgestellt werden. Bei der körperlichen Untersuchung am 27. Dezember 1929 waren bereits die gesunde Gesichtsfarbe und der gute Ernährungszustand aufgefallen. Neurologisch zeigten sich zu diesem Zeitpunkt noch folgende Restsymptome:

Pupillen links Spur weiter als rechts, links deutlich, rechts spurweise auf Lichteinfall, beide auf Einwärtssehen reagierend. Die Kniescheiben- und Achillessehnenreflexe fehlten. Es bestanden geringe Sensibilitätsstörungen für spitz/stumpf an der Vorderseite des rechten Oberschenkels. Dagegen wurde der Gesichtsnerv

jetzt seitengleich innerviert, die Spontansprache war ganz frei, es war „auch bei Paradigmen kein deutliches Häsitieren" bemerkbar. Die serologischen Befunde hatten sich gleichfalls wieder gebessert, wie aus folgendem Schema hervorgeht:

Liquorbefunde;

	10. 5. 28	28. 5. 28	4. 11. 28	2. 5. 29	18. 9. 29	27. 12. 29
Wa. R. Blut:	stark +	∅	∅	schwach +	∅	∅
Mein. Blut:	„ +	∅	∅	„ +	∅	∅
Wa. R. Liquor:	bis 0,1 stark +	0,1 zweifelhaft 0,2 schwach + 0,3 deutlich +	bis 0,1 stark +	0,3 u. 0,5 +	0,5 : +	0,5 : +
Nonne:	schwach +	schwach +	schwach +	schwach +	schwach +	∅
Pandy:	„ +	„ +	„ +	„ +	deutl. +	schwach +
Weichbrodt:	deutl. +	„ +	„ +	„ +	schwach +	„ +
Blumenthal:	„ +	„ +	„ +	„ +	deutl. +	„ +
Takata-Ara:					+	∅
Zellzahl:	96/3		20/3	10/3		19/3
Goldsol u. Normo-Mastix-Kurven:	stark positive Paralyse-Kurven	ziemlich stark abgeschwächte Paralyse-Kurven	schwache Paralyse-Kurven	abgeschwächte Paralyse-Kurven	abgeschwächte Paralyse-Kurven	abgeschwächte Paralyse-Kurven

Ehescheidungs-, Testaments- und sonstige Gutachten über malariabehandelte Paralytiker lagen mir nicht vor. Eine gesonderte Besprechung erscheint aber nicht notwendig, da für diese Fälle keine abweichende Stellungnahme gegenüber dem vorher Gesagten eingenommen zu werden braucht.

Bezüglich der Geschäftsfähigkeit malariabehandelter Paralytiker kann somit festgestellt werden, daß hierbei neben der Beurteilung der Berufsfähigkeit bzw. -bewährung eine stärkere Berücksichtigung der Rezidivgefahr berechtigt erscheint. Gegenüber der Zurechnungsfähigkeit ist dieser Gesichtspunkt deshalb wichtiger, weil gerade bei Mündigkeits- und ähnlichen Gutachten Vorsorge für die Zukunft des Patienten getroffen werden muß. Die Erkennung von Rückfällen kann weitgehend gesichert werden, so daß selbst bei Personen in verantwortlicher Stellung neben der Geschäfts- auch eine Berufsfähigkeitserklärung möglich ist, wenn wirkliche Vollremission vorliegt.

Zusammenfassend komme ich zu folgendem Ergebnis:

1. Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse ist heute nach ihrer Vervollkommnung die weitaus beste Behandlungsmethode dieser Erkrankung, da

a) durch sie Heilungsgrade erreicht werden können, wie sie insbesondere bei fortgeschrittenen Krankheitsfällen durch keine anderen Mittel bisher zu erzielen waren,

b) bei entsprechender Nachbehandlung die Rückfallgefahr weitgehend gegenüber früheren Behandlungsergebnissen vermindert ist,

c) die Erfahrungen mit der Liquorkontrolle nach Malariabehandlung sicherere Voraussagen zulassen, als es bisher bei Spontan- und anderen Remissionen möglich war.

2. Die Aufstellung des Begriffes einer „forensischen" Remission gegenüber der „klinischen" ist mangels einheitlicher Einordnungsunterlagen nicht möglich.

3. Die durch die Behandlungserfolge u. U. zu erreichende weitgehende Wiederherstellung der Persönlichkeit ermöglicht — mehr oder weniger unabhängig vom Verschwinden neuro- und serologischer Krankheitszeichen —

a) die Schuldfähigkeits-

b) die Geschäftsfähigkeitserklärung

malariabehandelter Paralytiker.

4. Die Aufstellung einheitlicher Richtlinien als Entscheidungsgrundlage des gerichtsärztlichen Gutachtens, insbesondere für die Feststellung der verminderten gegenüber der aufgehobenen Zurechnungsfähigkeit, sowie der Bedingungen der „Geistesschwäche" gegenüber der „Geisteskrankheit", ist nicht möglich, da

a) straf- und bürgerlich-rechtliche Beurteilungen nach dem Gesetzesinhalt auf verschiedenartige Bedingungen zu beziehen sind,

b) die Auswertung des psychischen Befundes von den verschiedenartigen Straftaten bzw. bürgerlichen Aufgabenbereichen abhängig ist, und die forensische, insbesondere strafrechtliche Beurteilung, immer Stellungnahme zu konkreten Einzelhandlungen bedeutet.

5. Die Remissionen nach Malariabehandlung gestatten die Zurechnungsfähigkeitserklärung

a) in Fällen — wie sie beobachtet wurden — in denen psychisch eine restitutio ad integrum angenommen werden kann,

b) auch bei Bestehenbleiben psychischer Defekte nach Wiedergewinnung oder Erhaltenbleiben der Fähigkeit, das Unerlaubte einzusehen und einsichtsgemäß zu handeln.

6. Nach dem Sinn des § 51 StGB können zur Annahme seiner Voraussetzungen neuro- und serologische Ausfälle, sowie die Rezidivgefahr nicht ausschlaggebend sein. Auch Mängel auf seelischem, willensmäßigem und intellektuellem Gebiet genügen hierzu nicht allein, solange die Urteilsfähigkeit, insbesondere die Einsicht für das Unerlaubte einer Handlung und die entsprechende willensmäßige Umsetzung dieser Erkenntnis zur Zeit der Tat nicht erheblich eingeschränkt war.

7. Die Geschäftsfähigkeitserklärung malariabehandelter Paralytiker ist möglich

a) bei weitgehender Wiederherstellung des früheren geistigen Zustandsbildes, wie sie hier beobachtet wurde,

b) bei Defektheilungen, wenn die Erledigung des zu erwartenden Aufgabenbereiches mit entsprechend geringeren geistigen Fähigkeiten vereinbar ist.

Schrifttum:

1. Sander und Richter, Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen. 1886, Berlin, Fischers Medizinische Buchhandlung, S. 168.
2. Cramer, Gerichtliche Psychiatrie, 1908, Jena, Verlag Fischer, S. 409 ff.
3. Zingerle, „In forensische Psychiatrie", redigiert von Anton, Dietrich, Wagner-Jauregg, 1910, Verlag Braumüller, 2. Band, S. 591 ff.
4. Hübner, Lehrbuch der forensischen Psychiatrie, 1914, Bonn, Markus und Webers, S. 815 ff.
5. Schneider, Carl, Die forensische Beurteilung der neuzeitlichen Paralysebehandlung, 1926, Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, 7. Band, S. 333 ff.
6. Groß und Sträußler, Zur Frage der forensischen Bedeutung der Wagner-Jauregg'schen Paralysebehandlung, 1927, Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 111. Band, Seite 485 ff.
7. Hagen, Mängel und Fortschritte der Gonorrhoebehandlung, 1927, Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 44.
8. Leppmann, Paralyse, Malariabehandlung und Strafrecht, 1928, Ärztliche Sachverständigen-Zeitung, Nr. 11, Seite 159 ff.
9. Michel und Weeber, Beitrag zur forensischen Beurteilung der Paralyseremission nach Malariabehandlung, 1928, Wiener Medizinische Wochenschrift, Nr. 28, S. 925 ff.
10. Herschmann, Über die Paralysefrequenz in Wien 1923/27 nebst einigen Bemerkungen über die Wirksamkeit der Paralysebehandlung durch Impfmalaria, 1928, Wiener Medizinische Wochenschrift, Nr. 28, S. 915 ff. und Nr. 31 S. 1018 ff.
11. Salinger, Die forensische Bedeutung der Malariabehandlung der Paralyse, 1928, Monatsschrift für Kriminalpsychologie, 19. Jahrgang, Seite 531 ff., Berlin.
12. Bostroem, Die progressive Paralyse, 1930, im Handbuch der Geisteskrankheiten, Springer, spezieller Teil, 4. Teil, Seite 302 ff.
13. Schoenhals, Die Beurteilung der Polizeidienstfähigkeit usw. unter besonderer Berücksichtigung der Frage der sogenannten „geheilten Paralyse", 1932, Berlin. In Vorträge und Arbeiten aus dem Gebiete des Polizei-Sanitätswesens, 1931/1932, Band 2, Kameradschaft Verlagsgesellschaft m. b. H.
14. Balmes, Capacidad civil del paralitico general tratado por la malaria, 1931, archivos de Neurobiologia Tomo XI, Nr. 4, Seite 423 ff. (spanisch).

15. Koester, Über die nach sozialen Gesichtspunkten erfolgten Nachuntersuchungen der unter Fürsorge stehenden Paralytiker, 1932, Archiv für Psychiatrie 98, Seite 223 bis 230.
16. Holthaus, Progressive Paralyse und Dienstfähigkeit des Eisenbahnbeamten (aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster). 1934, Zeitschrift für Bahnärzte, Nr. 5.
17. Lange, J., Progressive Paralyse und andere psychische Folgeerscheinungen der Syphilis, 1934, im Handbuch der Gerichtlichen Psychiatrie, herausgegeben von Hoche, Springer, Seite 429 ff.
18. Müller-Heß und Wiethold, Die ärztlich bedeutsamen Änderungen und Ergänzungen des Strafgesetzes, 1934, Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 44, Seite 1679.
19. Gurewitsch, Die pathologisch-anatomischen Besonderheiten der progressiven Paralyse unter Berücksichtigung der klinischen Befunde und der Malariabehandlung. (540 Fälle aus der Kaschtschenko-Irrenanstalt Moskau), 1935, Schweizer Archiv für Neurologie, Nr. 35, Seite 271 ff.
20. Kurth, Untersuchungen zur Frage der sozialen Wiedereingliederung fieberbehandelter Paralytiker (Psychiatrische und Nervenklinik der Universität Berlin), 1936, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Band 93, Seite 160 ff.
21. Cucchi, La malarioterapia nei paralitici progressivi e i suoi problemi medico-legali (Gerichts-medizinisches Universitätsinstitut Bologna), 1936, Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale, Nr. 60, Seite 333 ff. (italienisch).
22. Müller-Heß, Die Möglichkeiten der Wiedereingliederung von Rechtsbrechern in die Volksgemeinschaft durch Strafrecht und Strafvollzug vom medizinischen Standpunkte (Vortrag am 19. 11. 36) im Bericht des Vereins zur Besserung der Strafgefangenen (Berlin-Kurmark) über seine Tätigkeit vom 1. April 1935 bis 31. März 1936 (Selbstverlag der Gesellschaft, Geschäftsstelle Berlin NW 40, Alt-Moabit 12a), Seite 19.
23. Hoffmann, Das ärztliche Weltbild, 1937, Enke-Stuttgart, Seite 21.
24. Suckow, Bewertung von Ergebnissen früherer und neuester Untersuchungen malariabehandelter, progressiver Paralysen, 1937, Vortrag auf der 3. Jahres-Vers. der Ges. Dtsch. Neurologen und Psychiater in München, referiert im Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 87. Band, 1938, Heft 9/10, Seite 712.
25. Krey, Die moderne Behandlung der Paralyse und Tabes und ihre sozialen Auswirkungen, insbesondere auf die Beurteilung der Arbeits- und Berufsfähigkeit sowie der Geschäftsfähigkeit, 1938, Der öffentliche Gesundheitsdienst, Verlag Thieme, 4. Jahrg. Heft 2, Seite 41 ff.

Für die Überlassung des Themas und Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit danke ich Herrn Professor Dr. **Müller-Heß**, ebenso seinen Oberärzten Dr. habil. **Hallermann** und Dr. **Nau**.

Lebenslauf:

Verfasser wurde am 9. Februar 1910 in Tübingen, Neckar, als ältester Sohn des Privatdozenten Dr. med. Ernst **Holzbach** geboren, besuchte von 1919 bis 1925 das Karl-Friedrich-Gymnasium in Mannheim und erwarb 1928 das Reifezeugnis am Schiller-Gymnasium in Köln-Ehrenfeld. 1928 studierte er Rechtswissenschaften und Volkswirtschaft in Köln und Marburg/Lahn, 1929 bis 1932 Medizin in Jena, wo er die medizinische Vorprüfung bestand. Bis zur Beendigung des medizinischen Staatsexamens am 23. Mai 1935 studierte er anschließend in Köln und arbeitete als Medizinalpraktikant an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Köln, Bürgerhospital und an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Köln, an welcher er am 1. April 1936 eine planmäßige Volontärarztstelle und am 1. Juni 1936 die Bestellung als Arzt erhielt. Vom 1. November 1936 bis 30. Juni 1937 nahm er an einem Lehrgang für Erb- und Rassepflege am Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie in Berlin-Dahlem teil. Seit 1. August 1937 ist er außerplanmäßiger Assistenzarzt am Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität Berlin.

DEUTSCHE ZENTRALDRUCKEREI A.-G., BERLIN SW 11